DE LA CONDUITE A TENIR N° 40

DANS LES CAS DE

RÉTENTION DU DÉLIVRE

APRÈS L'AVORTEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 29 JUIN 1887

PAR

L. PIERRON

Né à Champniers (Vienne)

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCCESSEURS

1887

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534913_0137

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours).	BIMAR.
Thérap. et Mat. méd.(ch. du cours)	MOSSÉ (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
CARRIEU.	BLAISE.	TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	FORGUE.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUMAS, *président;*
GRYNFELTT, professeur.
GERBAUD, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

L. PIERRON.

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. PIERRON.

A Monsieur le Docteur ABELIN

Médecin de 1re classe de la marine
Chevalier de la Légion d'honneur

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur L. DUMAS

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Montpellier

L. PIERRON.

INTRODUCTION.

Les auteurs s'accordent à reconnaître qu'il y a *avortement* lorsque le fœtus se trouve expulsé à une époque de la grossesse où il n'est pas encore viable.

Le législateur, préoccupé d'établir des règles fixes, et obligé, par conséquent, de tenir compte des faits les plus exceptionnels, fait remonter la viabilité légale à la fin du sixième mois, au cent quatre-vingtième jour (art. 314 c. c.). Mais au sens médical du mot, la viabilité doit être comprise dans des bornes plus restreintes: ce n'est guère qu'à la fin du septième mois (vers le deux cent dixième jour) que le fœtus est apte à jouir de la vie extra-utérine, et peut, sans trop de préjudice, subir les atteintes des milieux extérieurs.

L'avortement, ainsi défini, limite notre sujet aux cas où la rétention du délivre se produira après l'expulsion du fœtus dans les sept premiers mois de la grossesse. C'est dire que nous éliminons tout de suite un chapitre important de l'histoire des rétentions placentaires, celui qui traite de la rétention à l'époque ou aux environs du terme.

Quand y a-t-il rétention du placenta? C'est évidemment lorsque, une fois le fœtus expulsé, tout ou partie du délivre séjourne dans la cavité utérine. Mais pareille définition est insuffisante; on sait en effet que l'élimination des divers produits de conception, quelle que soit la période de la grossesse (à l'exception des deux premiers mois), se fait généralement en deux temps: le fœtus est d'abord chassé, le

placenta et les membranes viennent ensuite. A terme par exemple, en l'absence d'intervention, l'issue spontanée du délivre dure bien une ou deux heures (Dubois et Depaul). Peut-on dire, dès-lors, qu'il y a rétention lorsque la sortie du placenta est postérieure à celle du produit?

L'intervalle de temps qui s'écoule normalement entre l'émission du fœtus et l'élimination du placenta n'est pas le même aux diverses époques de la grossesse. Pour des raisons que nous passerons rapidement en revue dans la suite, cet intervalle est d'autant plus court que la grossesse est plus rapprochée du terme. Il était bon d'établir des règles à peu près fixes à ce sujet, et de limiter approximativement la période au delà de laquelle, aux différents moments de la gestation, on peut conclure à une rétention placentaire après avortement. C'est ce qu'a fait M. Guéniot (1); pour cet auteur, « deux jours pour la délivrance abortive des deux premiers mois; vingt-quatre heures pour celles des troisième et quatrième mois; douze heures pour celle du cinquième mois; six heures pour celle du sixième mois; telles sont les limites extrêmes au-delà desquelles cesse généralement l'état normal, et en deçà desquelles, au contraire, l'expulsion du délivre s'effectue d'ordinaire avec régularité.» Nous nous en tiendrons à ces règles pour déterminer, dans le cours de ce travail, les cas dans lesquels on peut conclure à la rétention du placenta.

L'étude de la rétention placentaire est complexe; des causes multiples peuvent emprisonner le délivre dans la cavité utérine; la symptomatologie, bien que réduite habituellement à quelques accidents, toujours les mêmes, est délicate à exposer; le diagnostic est souvent difficile à établir, la marche, la terminaison des accidents, les modifications anatomiques

(1) Guéniot, *Bulletin général de Thérapeutique*, 1867, t. 73, p. 352.

du placenta retenu, pourraient nous arrêter longtemps. Forcé de limiter notre travail, nous nous en tiendrons à l'examen de la *conduite à tenir* dans les cas de cette nature. Cette étude d'un portion restreinte, la plus importante du reste de l'histoire des rétentions placentaires, nous fournira l'occasion d'analyser quelques travaux récents et d'apprécier certaines méthodes sur lesquelles l'attention a été attirée dans ces derniers temps.

Mais, comme il est indispensable, avant d'étudier les procédés basés sur l'opinion que les auteurs se sont faite du mécanisme de la rétention placentaire, de connaître d'abord ce mécanisme et les conséquences de l'accident, nous envisagerons rapidement, dans un premier chapitre, les causes, la terminaison et les complications de la rétention du délivre.

Dans un second chapitre, nous ferons l'historique du traitement, nous passerons en revue les méthodes qui ont été proposées et les moyens mis en œuvre pour remplir les diverses indications. Nous terminerons par la justification de la méthode admise en France par la généralité des auteurs, et mise en usage à la clinique de Montpellier, en apportant à l'appui de cette méthode deux observations complètes. La première nous a été fournie par M. le Médecin de première classe de la marine, Abelin, chef de service de la Maternité à Rochefort-sur-Mer, qui a bien voulu nous aider de ses conseils, et auquel nous adressons ici le témoignage de notre reconnaissance. La seconde a été recueillie dans le service de M. le professeur L. Dumas.

Nous remercions notre Maître de nous avoir permis de la publier et d'avoir bien voulu, en outre, accepter la présidence de notre thèse.

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

RÉTENTION DU DÉLIVRE

APRÈS L'AVORTEMENT

CHAPITRE PREMIER.

CAUSES. — TERMINAISONS. — COMPLICATIONS.

Pour se faire une idée nette et précise des causes qui président à la rétention placentaire, ou plutôt des difficultés plus grandes qu'éprouve dans son élimination le placenta abortif, il est indispensable de remonter au mode de formation de cette annexe de l'œuf. C'est ce que nous allons résumer rapidement.

L'ovule est constitué, on le sait, par un certain nombre d'éléments qui sont : la membrane vitelline ou enveloppe extérieure, le vitellus, la vésicule germinative de Purkinge, la tache germinative de Wagner et la tache embryonnaire

de Balbiani. Sans entrer dans le détail de son évolution, il est bon de dire que, une fois fécondé, la partie du contenu qui constituera l'embryon se divise, après diverses modifications, en trois feuillets: le feuillet externe, le feuillet moyen et le feuillet interne. Le feuillet moyen subit une espèce de clivage qui le subdivise à son tour en deux lames, dont l'une s'accole au feuillet externe en formant la somato-pleure, l'autre s'accole au feuillet interne pour constituer la splanchno-pleure ; la somato-pleure et la splanchno-pleure sont séparées l'une de l'autre par la cavité pleuro-péritonéale.

L'ovule, sorti de la trompe, se loge dans un repli de la muqueuse utérine avoisinant l'ostium uterinum, s'y enkyste et est bientôt entouré par le repli hypertrophié de la muqueuse. Tout le repli de muqueuse qui vient draper l'ovule et l'enfermer dans une cavité close, porte le nom de caduque réfléchie ou caduque fœtale; la muqueuse qui tapisse le reste de l'utérus s'appelle caduque utérine. Quant à la portion de muqueuse commune à la cavité de l'utérus et à l'ovule, qui peuvent être grossièrement comparées à deux sphères tangentes intérieurement, elle porte le nom de caduque inter-utéro-placentaire ou caduque sérotine: c'est là que se développera le placenta.

Le placenta est un organe destiné à établir des communications indispensables, au point de vue de la nutrition, entre la mère et le fœtus. On a cru longtemps que la circulation de la mère se continuait à son niveau avec celle du fœtus; aujourd'hui on sait qu'il n'en est rien et que les deux circulations sont tout à fait indépendantes: il n'existe entre la partie maternelle et la partie fœtale du placenta que des communications osmotiques. Mais ceci a peu d'importance au point de vue spécial qui nous occupe.

Le placenta ne se forme pas dès le début de la grossesse et ne possède pas, aux diverses périodes, une constitution

identique ; il existe à l'origine, des « fonctions » du placenta, c'est-à-dire des productions ayant pour but de le suppléer fonctionnellement en attendant sa formation. Tout à fait au début, vers le 12me jour, la membrane vitelline, une fois installée dans son repli, envoie dans la caduque réfléchie des prolongements ou villosités qui constituent le premier chorion et assurent, pour le moment, la nutrition de l'embryon.

Plus tard, un prolongement extra-embryonnaire des somato-pleures va tapisser aussi la caduque fœtale et forme un second ordre de villosités qui réalisent le deuxième chorion.

Dans un troisième stade, le plus important des trois, la vésicule allantoïde émet à son tour une série de villosités sur tout le pourtour de la caduque réfléchie et forme le troisième chorion qui, celui-là, est vasculaire. Ceci se passe vers la fin du premier mois. Peu à peu les villosités allantoïdiennes du pourtour de la caduque s'atrophient, disparaissent et il ne persiste que celles qui se trouvent au contact de la muqueuse inter-utéro-placentaire ; celles-ci prennent au contraire un volume de plus en plus considérable et contribuent à former le placenta. Ces modifications s'accomplissent généralement dans le courant du troisième mois.

Mais l'œuf est encore bien peu développé ; les deux sphères tangentes dont nous parlions tout à l'heure ne sont pas encore confondues, la caduque réfléchie ne s'est pas encore soudée à la caduque utérine. A une période plus avancée de la grossesse, dans le cinquième mois, la sphère intérieure a acquis un développement tel, que ses parois se fusionnent avec celles de la sphère extérieure et les deux caduques se soudent intimément. Le placenta a pris, pendant tout le cours de ces modifications, un volume considérable.

Ceci fait, il se produit dans la muqueuse, jusqu'au moment du terme, un travail ayant pour but de préparer la séparation des annexes au moment de l'accouchement et d'établir une ligne de démarcation entre les portions de la muqueuse

destinées à tomber et celles qui devront rester adhérentes à la paroi utérine.

Ces quelques développements étaient nécessaires pour établir la période à laquelle la rétention placentaire aura plus de chance de se produire.

Dans les deux premiers mois, étant données l'égale répartition des attaches du fœtus aux parois de sa loge, l'absence de détermination placentaire et le peu de vascularisation des villosités choriales, la rétention des annexes aura peu de chance de se produire, et la même congestion qui produira l'expulsion du fœtus chassera ces dernières.

Au delà du quatrième mois, bien que les conditions soient changées, le résultat sera identique; car, à mesure qu'on se rapproche du terme, la limite entre les portions de muqueuses devant rester adhérentes et celles qui doivent être éliminées se trouve de plus en plus masquée et la séparation du délivre est plus facile.

La rétention du délivre devra donc présenter son maximum de fréquence, en se basant sur les notions d'embryologie que nous venons de signaler, entre le début du troisième et la fin du quatrième mois; dans cette période, le placenta est l'organe en vue, il domine la grossesse, son développement dépasse celui du fœtus; en outre, il n'existe pas encore, au niveau de la sérotine, de limites entre les parties caduques et celles qui devront rester adhérentes. Aussi, Dubois a-t-il pu dire en parlant de l'avortement à cette période: « la femme qui avorte n'accouche que d'un placenta, l'expulsion de l'embryon n'est compté pour rien; tant qu'elle n'est pas délivrée, elle n'est pas accouchée.» Guéniot (1) a exprimé la même idée sous la forme suivante:

(1) Guéniot, *Bull. de thérap.* 1867, t. LXXIII, p. 306.

« Dans l'avortement, l'expulsion du délivre est tout, tandis que celle du fœtus n'est rien. »

Pour M. Fochier (1), la division classique de l'avortement en ovulaire, embryonnaire et fœtal, établit des distinctions par trop franches, mais il est utile néanmoins de la conserver en clinique. L'avortement des cinquième et sixième mois, c'est un accouchement en miniature; l'avortement du premier et du deuxième mois, c'est une ménorrhagie sans danger, le véritable avortement, c'est celui du troisième et quatrième mois.

Causes. — Ces notions embryologiques étant établies, quelles sont les causes qui peuvent plus spécialement favoriser la rétention du placenta?

M. Gerbaud les divise en trois classes:

I. Causes anatomo-physiologiques, dépendant d'un développement incomplet de l'utérus et de l'œuf.

II. Causes pathologiques: maladies de l'utérus ou du délivre.

III. Causes extrinsèques, intervention maladroite, etc.

I. Causes anatomo-physiologiques. — L'utérus est peu contractile pendant la première partie de la grossesse. Kolliker a démontré que, pendant les deux premiers tiers de la gestation, il se produit continuellement un accroissement de volume des éléments musculaires de l'utérus et une apparition d'éléments musculaires nouveaux. M. Ranvier a signalé en outre le développement plus marqué, à mesure que la

(1) Fochier, *Province médicale*, 8 janvier 1887.

grossesse approche de son terme, d'une striation des fibres musculaires de l'utérus, qui fait défaut à l'état de vacuité.

De plus, à l'inverse de ce qui se passe à l'époque du terme, le *segment supérieur de l'utérus, qui représente la puissance* au moment du travail, ne l'emporte pas au point de vue de *l'accroissement sur le segment inférieur qui représente la résistance*, pendant la première période de la grossesse.

Le col à l'époque où l'avortement se produit, *est encore long et non ramolli.* M. Tarnier pose pour règle que, à quatre mois, il n'y a guère chez la primipare que trois millimètres de col qui soient ramollis, à six mois, c'est la moitié du col, à terme, il l'est en totalité.

Par conséquent, «dans l'avortement, l'espèce de lutte qui s'établit au moment du travail, entre les contractions du corps de l'utérus et les résistances offertes par le col de cet organe, ne se termine point, comme dans l'accouchement, par une victoire complète des premières sur les secondes. Le col ne cède qu'en partie, il se raccourcit et s'ouvre, au lieu de s'effacer réellement et de se dilater jusqu'à déchirure de ses propres fibres (1).»

D'un autre côté, sans répéter ce que nous avons dit précédemment, *les connexions entre l'œuf et l'utérus* sont plus intimes pendant la première partie de la grossesse. Comme dit Mauriceau dans une comparaison poétique: « Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs, et qui au contraire ne sont difficilement séparés lorsqu'ils sont encore verts; c'est ce qui fait que la femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme.»

Au début de la gestation, *le placenta est volumineux*, son poids est beaucoup plus considérable relativement, qu'il ne

(1) Guéniot, *loc. cit.*, p. 311.

le sera à terme. Hecker a établi le rapport du poids du fœtus et du poids du délivre aux diverses périodes de la grossesse. Il a démontré que:

Au 3e mois, le fœtus pèse	11 gr.,	le placenta	36 gr.
4e	—	57 gr.	—	80 gr.
5e	—	284 gr.	—	178 gr.

Enfin, à l'époque où l'avortement a lieu, *le cordon est mince* et se rompt facilement.

II. *Causes pathologiques.* — Nous ne ferons qu'énumérer, en suivant l'ordre indiqué par M. Gerbaud, dans sa thèse d'agrégation, les causes tenant à des états pathologiques de l'utérus ou du délivre. Ce sont:

Du côté du délivre, *l'insertion vicieuse du placenta* en particulier, l'insertion marginale ou celle qui se fait au voisinage de l'orifice interne des trompes; l'existence d'un *placenta succenturié* ou à cotylédons isolés; les *altérations graisseuse*, *calcaire*, *hypertrophique* ou *kystique* du délivre; enfin, les *adhérences du placenta.* Ce dernier ordre de causes, sur lequel on a beaucoup discuté, résulte, pour Brachet, Simpson, d'Outrepont, d'altérations inflammatoires du délivre; pour Robin, d'une transformation fibro-graisseuse des villosités placentaires; pour M. Charpentier, d'une inflammation suivie de sclérose. L'adhérence du délivre est tantôt *complète*, tantôt *partielle.*

Du côté de l'utérus, les *déviations de l'axe de la matrice;* un *travail intermittent;* des *lésions pathologiques de la muqueuse* (métrite, endométrite), *rapidité du travail.* Mauriceau a établi, en effet, qu'un travail abortif, trop rapide, amène beaucoup plus souvent la rétention placentaire qu'un travail lent et progressif.

III. *Causes extrinsèques.* — Elles sont plus limitées; on a cru pouvoir, dans certains cas, invoquer la *rétention d'urine*, mais le plus souvent c'est une *intervention maladroite* qui peut être incriminée (ergot, tractions inconsidérées sur le cordon, etc.)

Terminaisons. — Complications. — Les anciens admettaient que la mort était la conséquence fatale de la rétention placentaire prolongée, et cette opinion, qui d'ailleurs dictait leur thérapeutique, peut se résumer dans la phrase suivante, empruntée à Guillemeau : « Il faut de deux choses l'une, ou que le *vif* (qui est la matrice) chasse le *mort* (qui est l'arrière-faix), ou que le *mort* tue le *vif*.» Aujourd'hui, pareille opinion n'est soutenable, ni soutenue.

1° *L'expulsion spontanée* du délivre a été constatée dans bien des cas.

Tantôt cette expulsion s'est produite *sans aucun accident;* ce sont les plus rares, mais on ne peut les nier. Dans un cas cité par Joulin (1), chez une dame enceinte de quatre mois, qui avorta de deux jumeaux, la délivrance ne se fit qu'au bout de 40 jours. Le double placenta qui n'avait pas été extrait, au moment du travail, fut expulsé au moment où cette femme était debout et vaquait à ses occupations. Il ne s'était pas écoulé de sang, dans les jours qui précédèrent la délivrance, qui ne fut nullement douloureuse. M. Chalot (2) rapporte un fait dans lequel un placenta fut expulsé, dans un état de fraîcheur parfaite, deux mois après l'expulsion de l'embryon.

(1) Joulin, Traité complet d'accouchements, 1867.
(2) Chalot, *Gaz. hebd*, de Montpellier, 10 février 1883.

Le plus souvent, des *hémorrhagies* précèdent l'expulsion spontanée du délivre, et dominent la scène morbide; l'écoulement sanguin est généralement intermittent; il se manifeste dès le début de la rétention, et atteint quelquefois des proportions formidables pendant le décollement du délivre. En même temps, la femme ressent des contractions douloureuses, un malaise général; des nausées, des vomissements surviennent fréquemment.

D'autres fois, le *délivre se putréfie.* La putréfaction est surtout fréquente quand le col est resté longtemps ouvert, c'est-à-dire quand le placenta s'est trouvé en rapport prolongé avec l'air extérieur, qui a permis l'introduction de germes. Une condition très favorable à la putréfaction est le décollement du délivre; dans les cas d'adhérences partielles, on assiste souvent à l'infection des portions non adhérentes. La putréfaction du placenta se traduit extérieurement par un écoulement sanieux et fétide, un état général mauvais, des troubles digestifs, quelquefois des complications d'un ordre plus grave, la septicémie par exemple. Puis, dans l'espèce qui nous occupe, le placenta se dissocie et est éliminé.

2° Les *transformations du placenta*, à l'intérieur de la cavité utérine, peuvent être de plusieurs ordres. Tantôt on assiste à une *transformation ulcéreuse* avec adhérences: le délivre se tasse, se dessèche, le processus atrophique frappe d'abord les membranes qui disparaissent le plus souvent, et sont éliminées peu à peu; puis les portions molles de l'arrière-faix tombent en déliquium, et il ne reste plus que la charpente fibreuse de l'organe.

Tantôt, et inversement, c'est l'accroissement du placenta qui, a-t-on dit, se produit pendant la rétention. M. Tarnier et Budin (1) n'admettent, qu'avec réserve, cette augmenta-

(1) Tarnier et Budin, Traité de l'art des accouchements, t. II, 1886.

tion de volume que l'on a cherché à expliquer, en disant que la mort du fœtus n'est pas nécessairement accompagnée de celle de l'œuf ; en effet, la circulation fœto-placentaire n'existant plus, la circulation utéro-placentaire doit être considérablement réduite, sinon totalement supprimée.

D'autres fois, on a observé la *transformation polypeuse* du délivre ; il se forme un *polype placentaire*, ou *môle hydatique*, qui peut rester longtemps adhérent, puis s'élimine avec accompagnement de pertes abondantes. On a observé à la suite de cette transformation des lésions utérines que Maslowsky (1) a baptisées du nom *d'endométrite déciduale placentaire chronique*.

Enfin, le délivre peut subir la *transformation graisseuse* ou *calcaire*.

3° Beaucoup d'auteurs ont admis la *résorption* possible du placenta retenu après l'avortement. Cette conception est aujourd'hui rejetée ; d'ailleurs, les accoucheurs qui ont le plus contribué à la répandre, Velpeau en particulier, qui a fourni les trois observations les plus démonstratives, ne laissent pas que d'hésiter. « Qui prouve, disait-il, que, morcelé, ramolli par la putréfaction, le délivre ne s'est pas échappé du vagin à l'insu de la femme et de ceux qui l'entouraient? »

La théorie de la résorption a fait place à celle de l'*exfoliation insensible*. M. Garimond (2), qui l'a exposée avec netteté, explique de la sorte les cas dans lesquels l'expulsion du délivre fait défaut, sans qu'il se produise les moindres troubles dans la santé de la femme. « L'adhérence persiste, mais la décomposition des parties ne se fait pas brusquement ; elle n'a lieu que très lentement, elle n'atteint pas le placenta maternel dont les éléments solides et liquides sont résorbés.

(1) Maslowsky, *Annales de gynécologie*, 1880.

(2) Garimond, Du placenta adhérent et de son élimination spontanée. *Montpellier médical* 1868.

Le reste de l'organe se détruit, il est expulsé molécule à molécule, sans résorption comme sans danger pour la femme.»

M. Gerbaud conclut de la même façon dans sa thèse et refuse d'admettre l'absorption placentaire totale des anciens auteurs; la portion seule du placenta appartenant à la mère peut être résorbée, le reste est toujours éliminé à l'extérieur.

4° Enfin, on peut constater, et cela malheureusement trop souvent, la *persistance de la rétention avec accidents.*

Les accidents que l'on observe le plus fréquemment sont: l'*hémorrhagie*, qui survient habituellement tout d'un coup, après un temps variable; elle est souvent la seule manifestation à distance d'un avortement passé inaperçu; — et la septicémie qui se caractérise par les symptômes suivants: frissons, agitation, anxiété, fièvre élevée, teint terreux, langue sèche et rouge, soif, dyspnée, céphalalgie, fétidité extrême des lochies, péritonite localisée ou généralisée, etc.

C'est au sujet de ces accidents que se posera le plus souvent la question de l'intervention et le problème du meilleur traitement, dont nous allons maintenant nous occuper.

à l'accord parfait des accoucheurs. M. Guéniot est partisan de l'intervention active, dans certaines limites qu'il a tracées d'ailleurs; M. Doléris préconise un procédé dont il est l'inventeur, l'*écouvillonnage de l'utérus.*

Là s'arrête en France le règne de l'interventionisme.

En Allemagne, au contraire, l'intervention à outrance continue à jouir, aujourd'hui encore, de la faveur générale. Osiander, Scanzoni se servent des doigts ou de la curette pour entraîner le placenta. Veit ouvre le col, s'il s'est refermé, et arrache le délivre; Mundé, Fehling préconisent le grattage de l'utérus.

En Angleterre, Ramsbotham fait usage, pour retirer le placenta adhérent, des doigts ou de la curette; Priesley intervient lorsque la rétention dure depuis plus de six heures ; Macdonald, Wilson sont d'avis d'extraire de bonne heure le placenta; Barnes engage, dans ce but, à pratiquer la dilatation du col; Playfair à tamponner le vagin, Honing à faire l'expression utérine.

Le parti des *abstentionistes*, pour avoir des origines plus récentes, n'en est que plus brillamment représenté. Ruysch qui croyait avoir découvert le muscle «*detrusor placentæ*», et avait bâti sur cette constatation erronée sa conception du mécanisme de la délivrance, vante le premier l'expectation.

Puzos (Traité des accouchements) propose dans ses écrits d'abandonner la délivrance aux seuls efforts de la nature; «l'expulsion du placenta, dit-il, est aussi constamment l'œuvre de la nature que celle de l'enfant.»

Smellie, en 1765, préconisa l'expectation comme règle de conduite habituelle, et n'est partisan de l'intervention que dans certains cas déterminés.

Levret engage à laisser à la nature le soin de la sortie du placenta; les injections d'eau tiède et à grand flot seront utiles pour prévenir l'infection, mais si la perte menace les

jours de la mère, il faut intervenir et recourir à la pince à faux germes, dans le cas où le doigt ne serait pas suffisant.» (Mémoire à l'Acad. de chirurgie 1778.)

Baudelocque (l'Art des accouchements 1778) pratique une expectation un peu mitigée: il propose d'attendre patiemment en introduisant deux doigts dans l'orifice de la matrice pour maintenir l'irritabilité indispensable à l'action expulsive de l'organe et pour l'empêcher de se refermer. Quand une expectation patiente ne suffit pas, il exerce avec deux doigts des tractions sur le placenta quand celui-ci est engagé; il emploie contre les accidents la pince à faux germes, le tamponnement, les injections émollientes, détersives ou antiputrides, poussées jusque dans la cavité utérine.

Mesnard pousse beaucoup plus loin l'expectation, car il pense que «par des fouillements et recherches réitérées, on irrite la matrice et on cause des pertes de sang, des inflammations et la mort des femmes.»

Mme Lachapelle (Pratique des accouchements) prétend que l'emploi des instruments est inutile quand le col est ouvert, impossible quand il est fermé; tout au plus peut-on se permettre d'attirer avec les doigts le placenta lorsqu'il est détaché, et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert.

Mme Boivin et Capuron sont du même avis. L'obstétrique française est aujourd'hui franchement expectante; l'antisepsie est venue apporter un appoint formidable à la doctrine de l'expectation, à tel point que certains auteurs, comme Depaul, s'abstiennent dans tous les cas et d'une façon absolue, d'une intervention active.

La plupart, toutefois, pratiquent l'expectation jusqu'à indication contraire, et interviennent lorsqu'il survient des accidents graves et qu'il y a danger imminent; citons parmi ces derniers MM. Bailly, Tarnier, Pajot, Charpentier, Dumas, Budin, Maygrier, Bar, Champetier de Ribes, Gerbaud, etc.

En Angleterre, l'expectation compte de nombreux partisans. Davis, Blundell, Churchill, s'en tiennent aux injections chaudes intra-utérines ; Devees s'abstient d'intervenir quand le placenta est retenu ; Denman déclare que « on a à craindre beaucoup moins d'accidents de la rétention d'un placenta putride, que de tentatives faites au moyen des remèdes ordinaires ou de l'intervention manuelle.» Meigs laisse faire la »bonne nature » ; Hodge suit la même ligne de conduite. Enfin, Leissmann en 1875, Coles en 1883, proposent de n'intervenir que dans les cas de danger extrême.

En Allemagne, quelques auteurs et parmi eux des noms illustres, n'ont pas craint de rompre avec la tendance générale de l'école germanique. Këhrer engage à ne jamais introduire la main dans l'utérus, de peur d'y faire pénétrer des germes; Schröder, le grand accoucheur de Berlin, se fait un devoir d'attendre l'expulsion spontanée du délivre.

Nous ne saurions avoir la prétention d'énumérer tous les travaux qui ont été publiés sur le sujet. Citons parmi les principaux traités didactiques, l'ouvrage de Courty (1), celui de M. Garimond (2), le travail de MM. Charpentier et Gallard (3), et parmi les nombreuses thèses parues sur la matière, l'étude si complète et si intéressante que M. Gerbaud (4) (de Montpellier) a faite de la question dans sa récente thèse d'agrégation.

(1) Courty, Mécanisme de l'avortement, *Montpellier médical* 1860-61.

(2) Garimond, Pathogénie de l'avortement. Du placenta adhérent et de son élimination spontanée.

(3) Charpentier et Gallard, *Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.* 1877.

(4) Gerbaud, De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. Thèse de concours 1886.

II. Procédés.

Avant d'entreprendre l'étude quelque peu détaillée des méthodes thérapeutiques, qui ont été proposées, il est bon de signaler quelques règles *prophylactiques*, ayant pour but de prévenir la rétention du délivre; mieux vaut en effet prévenir que guérir, dit l'hygiène. Ce principe a une application directe et immédiate dans le cas qui nous occupe, car bien souvent la rétention du délivre, après l'avortement, est la conséquence d'une intervention intempestive ou maladroite de l'accoucheur.

Le médecin devra *s'abstenir de toute intervention ou manœuvre brutale* dans le cours d'un avortement; il évitera surtout d'extraire, comme le veut Scanzoni, l'œuf avec les doigts, dès que le col sera largement ouvert, se rappelant que le décollement du placenta s'exécute avec d'autant plus de facilité que l'expulsion du fœtus est plus tardive. L'effet nuisible de cette manœuvre est surtout mis en lumière dans l'avortement criminel, ou, même dans les premiers mois, la rétention placentaire est fréquente par suite des procédés mis en jeu pour hâter l'expulsion de l'œuf.

Il sera indiqué, en outre, *de ne pas exercer de tractions sur le cordon,* une fois le fœtus expulsé. Le décollement placentaire est plus lent à se produire après l'avortement qu'après l'accouchement à terme, par suite de la plus grande adhérence du délivre. D'un autre côté, le cordon est mince et peu résistant; si bien que, dans le cas de tractions inconsidérées, la rupture de la tige funiculaire viendra favoriser la rétention du placenta. Il faut, au contraire, toutes les fois que c'est possible, effectuer *la délivrance par expression*, suivant la méthode

de Crédé ; mais nous nous empresserons de reconnaître que pareille manœuvre est souvent impossible :

1° Dans les premiers mois de la grossesse, alors que le volume de l'utérus est encore peu considérable ;

2° Quand les parois abdominales ont une épaisseur notable.

Quand la rétention sera un fait acquis et que la prophylaxie ne pourra intervenir, la conduite de l'accoucheur sera dictée par des *indications* spéciales, relatives à tel ou tel cas déterminé. Ces indications varieront, on le conçoit, avec la cause de la rétention ou celle de l'avortement, la nature des accidents observés, l'époque de la grossesse, etc. Mais il ne devra jamais oublier que son rôle consiste essentiellement à seconder les efforts de la nature, sans jamais la brusquer: *Minister naturæ et interpres, si naturæ non obtemperat, naturæ non imperat.*

On peut classer sous deux chefs l'étude des procédés qui ont été mis en œuvre dans les cas de rétention du placenta après l'avortement:

I° Procédés d'extraction artificielle du délivre.

II° Méthode d'expectation ; prophylaxie et thérapeutique des accidents.

Nous allons les étudier successivement.

I° Procédés d'extraction artificielle du délivre.

La première question qu'il faut se poser, lorsqu'on est décidé à intervenir est la suivante : le col est-il ou non dilaté, l'orifice est-il ouvert ou s'est-il refermé ?

1° L'orifice du col s'est refermé.— Dans ce cas, quelle que soit la manœuvre à laquelle on désire avoir recours, il faudra

commencer par pratiquer *la dilatation du col.* Celle-ci agira comme opération préliminaire préparant une intervention ultérieure ; mais, quelquefois elle pourra aussi constituer un moyen curatif efficace, et déterminer l'expulsion du délivre, en particulier dans les cas de rétraction spasmodique du col emprisonnant un placenta non adhérent.

L'emploi de l'éponge préparée, employée pour la première fois par Brunninghaüsen, en 1820, a été vantée par Siebold, Simpson, Kluge, etc. Thomas déclare au contraire qu'il y a des dangers réels inhérents à l'emploi des tentes d'éponge, et M. Brannau, en 1884, a publié quatre cas de mort résultant de leur usage. Elles peuvent déterminer aussi par leur putréfaction facile, et par le traumatisme qu'elles exercent sur le col, des inflammations de l'utérus ou de son voisinage, péritonite, paramétrite, périmétrite, endométrite, etc.

Pour remédier à ces inconvénients, Smis et Hubert de Louvain proposent de substituer la *laminaire* à l'éponge, cette substance qui se décompose avec moins de facilité, a le désavantage d'agir moins activement que l'éponge, et en outre d'être plus cassante. Becquerel a proposé des *clous d'ivoire*, Mundé et Fritsch préconisent l'emploi du *tupélo.*

A côté de ces dilatateurs formés de matière organique, nous devons signaler l'emploi de certains instruments, dont le rôle purement mécanique consiste à écarter l'une de l'autre les deux lèvres du col, en n'exerçant sur ses parois qu'une violence limitée par la volonté de l'accoucheur. Nous ne ferons qu'énumérer sans les décrire, le colpeurgnter de Braun, le dilatateur de Barnes (1), le dilatateur de Tarnier (2), l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny (3).

(1) Barnes, Lancet 1863.
(2) Tarnier, *Bull. de l'Ac. de Médec.*, ou *Gaz. des Hôp.*, 1862.
(3) Chassagny, *Semaine Médicale* 1886. — *Province médicale*, 1887.

Enfin, tout récemment, M. Vulliet (1) (de Genève) a fait connaître un procédé de dilatation qui, expérimenté par MM. Porak, Horteloup, Labbé, Charpentier, Sabail (de Saint-Sauveur), a obtenu l'approbation de l'Académie de Médecine: c'est la dilatation antiseptique du col par l'introduction de tampons désinfectés, desséchés, de volume progressivement croissant. La dilatation ainsi obtenue se maintient aussi longtemps qu'on le désire, sans provoquer d'accidents, pourvu que l'antisepsie soit rigoureusement observée.

Quelque soit le procédé mis en usage, la dilatation du col a l'inconvénient d'introduire dans la cavité de ce dernier des substances infectantes. Lors même que l'agent dilatant serait rendu aseptique, comme les tampons de M. Vulliet, la dilatation artificielle du col met en contact prolongé avec l'air extérieur, chargé de germes, la cavité utérine qu'un récent traumatisme a rendu plus apte à absorber les germes morbides.

2° *Le col est ouvert.* — Les principaux moyens qu'on peut mettre en œuvre pour expulser le délivre, alors qu'aucun obstacle siégeant au niveau du col ne vient empêcher son élimination, sont: la médication ecbolique, le tamponnement, l'expression utérine, l'extraction manuelle, l'emploi des diverses pinces, le curage ou le râclage, enfin, l'écouvillonnage de l'utérus.

La médication ecbolique comprend une série de médicaments dont le plus important est l'ergot de seigle. Cet agent recommandé par Velpeau, Chailly, Guéniot, aurait pour la plupart des auteurs, le grave inconvénient de déterminer un resserrement tétanique du col, et par conséquent d'emprisonner le délivre; la possibilité de cette rétraction spasmo-

(1) Vulliet, Académie de Médecine, octobre 1886.

dique est niée par Jacquemier, Velpeau, Dufour. Il serait pourtant fort rationnel de l'admettre, car à l'époque de l'avortement, le col de l'utérus étant relativement plus riche en éléments musculaires que le corps, l'action de l'ergot aura plus de chance de s'exercer sur le col, et, comme dit M. Gerbaud, « d'enfermer le loup dans la bergerie.»

D'ailleurs la discussion est un peu spécieuse, car, dans la première moitié de la grossesse, alors que la musculature utérine n'a pas encore acquis les propriétés contractiles, qu'elle possédera à un si haut degré à l'époque du terme, l'action des ecboliques est à peu près nulle, et le corps de l'utérus, pas plus que le col, n'en subit l'influence.

Le tamponnement suffit quelquefois à lui seul à faire expulser le délivre. M. Gruson (1) rapporte dans sa thèse le fait observé dans le service de M. Budin, d'une femme qui, ayant avorté à trois mois et demi, fut prise d'une hémorrhagie grave. Le tamponnement fut pratiqué et le délivre fut éliminé spontanément à la suite du tampon, quand on retira celui-ci au bout de 28 heures.

Le tamponnement est un faible moyen d'intervention.

On l'a surtout employé dans les cas d'hémorrhagie venant compliquer la rétention ; nous verrons plus loin qu'il peut être indiqué dans les cas de cette nature, non comme agent d'expulsion, mais comme hémostatique.

L'expression utérine, employée dans le but de chasser le délivre, est préconisée par Martin et Schröder.

Ce serait là un bon moyen s'il était praticable dans la période de la grossesse où se produit l'avortement ; malheureusement on ne peut la mettre en usage qu'à une époque assez avancée. Il faut, en effet, pour en retirer des résultats, pouvoir comprimer l'utérus et avoir sur cet organe une prise suffisante.

L'extraction manuelle a été conseillée dans les cas où le

(1) Gruson, Thèse de Paris, 1879.

placenta se trouve complètement détaché, ou n'est rattaché à l'utérus que par de minces adhérences. On introduit l'index dans la cavité utérine, on le recourbe en forme de crochet, et on cherche à attirer de la sorte le délivre à travers le col. Si c'est nécessaire, on rompt, par un léger grattage, les quelques adhérences utéroplacentaires (Breslau, Saüger, Schwarz); c'est là ce que Peu appelait la *décortication utérine.* Certains accoucheurs, avant de procéder à l'opération, attirent l'utérus jusqu'à la vulve à l'aide d'une pince de Museux, d'autres introduisent deux doigts dans l'orifice du col, et saisissent le délivre dans cette pince vivante. Ce procédé est anciennement connu; il a été décrit au 16e siècle par Nicolas Rocher (1), qui conseillait de soutenir la matrice avec une main appuyant sur la paroi abdominale, pendant que l'autre main était occupée à l'extraction.

M. Fochier (2), de Lyon, est grand partisan de cette méthode. Lorsqu'il se trouve en présence d'une indication urgente, il anesthésie la malade (c'est pour lui une condition préalable des plus importantes), introduit le doigt dans l'utérus, et cherche à décoller le placenta. «Le seul doigt que vous introduisez dans l'utérus, affirme-t-il, ne fera jamais éclater le col, si vous l'introduisez avec lenteur; il pourra toujours atteindre le fond de l'utérus, si vous portez le fond à la rencontre du doigt, à l'aide de la main placée sur la paroi abdominale.... C'est là tout le secret, ou du moins le principal secret du décollement digital du placenta dans les délivrances abortives; c'est aussi le secret des décollements tardifs des fragments placentaires, laissés dans l'utérus après la délivrance à terme.» Le même auteur, une fois la manœuvre commencée, engage à la poursuivre toujours jusqu'au bout;

(1) Rocher, *De mulieribus curandis morbis*, cap. XXX, p. 107
(2) Fochier, *Province médicale*, 8 janvier 1887.

«c'est le cas de se rappeler qu'on compromet gravement la vie d'une malade en train d'avorter, si l'on extrait partiellement le délivre engagé dans le col, parce que ce fragment engagé maintient le col ouvert.» Tout enlever ou ne rien toucher, telle doit être, d'après lui, la règle de conduite du praticien.

Le décollement digital est devenu susceptible de donner des résultats favorables; néanmoins il ne doit jamais constituer une intervention de choix, car on l'a vu s'accompagner d'accidents graves, et M. Gruson rapporte un cas de mort par péritonite à la suite d'une intervention de cette nature.

Dans le cas d'adhérences solides empêchant l'extraction manuelle du placenta, on a fait usage de pinces diverses, en particulier de la pince à faux germes de Levret, de pinces à polypes, de la pince-forceps de Hohl, etc.

Le *curage* ou *râclage* de l'utérus nous arrêtera un peu plus longtemps, le moyen imaginé par Récamier, en 1846, est aujourd'hui très en faveur dans le camp des interventionistes; il consiste à gratter à l'aide d'un instrument la paroi utérine jusqu'à élimination complète du placenta adhérent.

Divers instruments ont été proposés pour le réaliser; nous nous abstiendrons de parler de ceux qui n'ont plus qu'un intérêt historique. En Allemagne, on se sert de la cuiller tranchante de Simpson, en Angleterre, de la curette à tige flexible de Gaillard-Thomas. M. Pajot a fait construire une curette articulée, que l'on introduit droite dans l'utérus et que l'on recourbe ensuite en forme de crochet, une fois qu'elle a pénétré; un index, placé sur le manche, indique le sens de la flexion; il existe des curettes de divers calibres.

Quel que soit l'instrument dont on se sert, il est bon d'employer le spéculum pour l'introduire; on retire ensuite ce dernier, et l'on imprime à l'instrument des mouvements de va-et-vient en divers sens. La manœuvre ne doit pas être

violente; il ne faut pas, autant que possible, dépasser la muqueuse de peur de perforer l'utérus. MM. Hégar et Kaltenbach (1) signalent un bruit particulier de grattement, perceptible à distance, quand l'instrument arrive sur la tunique musculaire. Mundé emploie une curette mousse, pour éviter l'emploi d'une forme qui pourrait blesser la femme.

La plupart du temps, on fait suivre le râclage de *cautérisations*, que l'on réalise à l'aide des agents suivants: nitrate d'argent, teinture d'iode, acide azotique, chlorure de zinc, perchlorure de fer. Beaucoup d'auteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître que les injections antiseptiques sont préférables à ce dernier mode d'intervention.

Le grattage de l'utérus est considéré par ses partisans comme une opération si bénigne, que Robeneau (2) conseillait de le pratiquer même aux consultations gratuites, à condition que la femme pût garder le repos en rentrant chez elle.

Cependant cette méthode est justiciable de bien des critiques; elle expose à bien des dangers. Ce ne peut être encore une opération de choix; ses principaux inconvénients sont les suivants:

Il est difficile, avec l'un quelconque des instruments actuellement en usage, de râcler absolument toute la surface de l'utérus; le râclage est surtout difficile au niveau des cornes utérines (Mundé). Le grattage est donc forcément incomplet; il est facile d'en donner des exemples. Moses rapporte que, dans un cas où l'on avait pratiqué le râclage des cautérisations, on vit sortir le lendemain «un fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres qui, malgré l'emploi de la

(1) Hégar et Kaltenbach, Gynécologie opératoire, trad. par M. Bar.
(2) Robeneau, *Berl. klin. Woch.*, 1884, n^{os} 51 et 52.

curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine sans donner lieu à aucun symptôme.

Schwartz a rapporté un cas de perforation utérine par l'emploi de la curette. Jepson (1) a observé un cas d'amincissement de l'utérus, ayant provoqué une rupture utérine dans une grossesse consécutive. Moses reconnaît qu'il se produit quelquefois des hémorrhagies difficiles à arrêter. Enfin, l'ouverture d'un grand nombre de bouches absorbantes, par l'instrument tranchant, peut donner lieu à des complications de diverse nature; on a signalé des cas de septicémie. Moses relate quatre observations d'endo-métrite consécutive; Fehling, trois cas de phlegmons pelviens graves.

Les derniers accidents pourraient probablement être évités, grâce à une antisepsie rigoureuse; mais il est difficile de se mettre en garde contre les autres, et l'on comprend parfaitement les restrictions émises par M. Gerbaud (2) à l'endroit des moyens: « Pour notre compte personnel, dit-il, nous n'oserions jamais tenter actuellement de faire le curage, la décortication de l'utérus; en tout cas, nous le considérons comme une opération tellement dangereuse, qu'elle ne peut être excusée que par des raisons absolument probantes. »

Velpeau lui-même, partisan de l'intervention, n'admet nullement ce procédé: « Agissant en aveugles, si la main qui les guide ne peut les accompagner, de tels moyens seraient inutiles ou dangereux; lorsque les doigts peuvent entrer dans l'utérus, ils rendent superflue toute espèce de tige étrangère. »

L'*écouvillonnage* est une manœuvre supplémentaire, dont M. Doléris fait suivre le râclage. Cet auteur commence par dilater la cavité du col avec le doigt ou le dilatateur de Bar-

(1) *Amér. Journ. of obstetr.* 1883.
(2) Gerbaud, *loc. cit*, p. 181.

nes, abaisse le col, pratique rapidement le curage de la cavité utérine et enlève ensuite les débris à l'aide de son instrument: « L'écouvillon est, d'après l'auteur (1), une tige métallique souple, terminée par un bout garni, sur une longueur de 8 à 12 centim., de crins solides qui forment une espèce de cylindre hérissé de mille pointes ou dents, capables d'entamer un tissu peu résistant ou de râcler très complètement la paroi utérine. Je ne saurais mieux comparer cet instrument qu'à ceux qui servent à débourrer les pipes ou à ceux dont les sommeliers usent aussi pour nettoyer les bouteilles encrassées. Ces écouvillons sont de volume, de forme et de longueur variés; la souplesse ou la résistance des crins varie également. On les fait pénétrer par un mouvement de vrille dans l'utérus, et, par un mouvement identique en divers sens, on détache. L'on extrait tous les débris détachés, grands ou petits, tous les lambeaux adhérents, toutes les parcelles décomposées qui tapissent la paroi musculaire. »

M. Doléris réalise l'écouvillonnage antiseptique en trempant son instrument, avant de l'introduire, dans une solution de glycérine créosotée au dixième. Cet instrument remplit, au dire de l'inventeur, tous les desiderata des précédents, et il l'applique constamment, dans sa clientèle, aux cas de rétentions placentaires.

La manœuvre de l'écouvillonnage a été fort discutée dans ces derniers temps. M. Pajot l'admet en principe dans les cas où la putréfaction du délivre commence à se manifester, mais il déclare que, tant que le placenta est adhérent, continue à vivre, l'abstention doit être la règle. MM. Budin (2) et Auvard (3) ont fait récemment le procès de cette méthode, en

(1) Doléris, Nouv. arch. d'obstétr., mai 1886. — *Journ. de méd. de Paris*, mars 1887.
(2) Budin, Bull. de l'Académie de médecine, nov. 1886.
(3) Auvard, *Gaz de méd. de Paris*, nov. 1886.

même temps, d'ailleurs, que celui de tous les procédés d'intervention.

En résumé, il existe deux méthodes principales d'intervention active qui se partagent les faveurs des interventionistes: d'un côté, l'extraction manuelle, de l'autre, l'extraction instrumentale. Toutes deux présentent des dangers tenant à la nature même de l'intervention active. Aussi ne feronsnous de l'une ni de l'autre une méthode d'élection, et les réserverons-nous, en donnant la préférence à l'extraction manuelle, quand elle est possible, pour les cas où un danger imminent créera l'indication d'une opération de nécessité. Nous sommes en cela de l'avis de M. Pajot (1) qui base son opinion sur des données statistiques : « Dans les cas de rétention du placenta après l'accouchement, la statistique est de 60 morts sur 68 cas, si l'on n'intervient pas. Je dis le contraire pour l'avortement: si on a le malheur d'intervenir dans les premières heures qui suivent l'expulsion de l'embryon, 60 fois sur 68 la femme est morte. »

II. Méthode d'expectation; prophylaxie et thérapeutique des complications.

C'est ici, plus que partout ailleurs, le cas de répéter qu'il ne faut pas confondre expectation et inaction. — L'expression si banale en clinique de *paix armée* fait parfaitement ressortir l'attitude du praticien, qui, en l'absence d'indication urgente, se borne à surveiller le malade, à prévenir par des moyens hygiéniques et thérapeutiques l'invasion des complications, les combat lorsqu'elles apparaissent, et attend de pied ferme les accidents qui, plus tard peut-être, l'obligeront à intervenir énergiquement.

(1) Pajot, Archives de tocol., fév. 1886.

L'expectation, dans le cas de rétention du placenta, admise, nous l'avons vu, par une pléïade de savants et la presque totalité de l'école française, n'est pas une opposition systématique aux méthodes interventionistes. Ses partisans ne se refusent pas à intervenir, loin de là ; mais, tandis que l'école opposée part de ce principe qu'il faut intervenir d'emblée, aussitôt le fait de la rétention accompli, les abstentionistes attendent, pour mettre en jeu des moyens énergiques, une indication nette et urgente.

La méthode de l'expectation repose sur des faits précis et bien observés ; elle a pour point de départ cette constatation clinique que, dans bon nombre de cas, la rétention placentaire s'est prolongée longtemps sans qu'il survienne de phénomènes graves. Pourquoi donc tenter une intervention dangereuse là où la nature se montre tolérante et s'exposer à de graves complications pour prévenir des dangers hypothétiques ?

Des exemples de rétention de longue durée ont été relatés par tous les accoucheurs : Cazeaux, Moreau, Dufour, Depaul et Garimond en rapportent. Joulin cite, dans son Traité, un cas où la délivrance se fit spontanément au bout de 40 jours, après un avortement de quatre mois. Sainclair (1) a vu la rétention durer six semaines, après un avortement à cinq mois. Anderson (2) a extrait, par la dilatation digitale du col, un placenta retenu depuis quinze semaines à la suite d'un avortement à quatre mois. M. Chalot (3) n'a pas vu survenir de résorption putride dans un cas de rétention datant de deux mois, après avortement à deux mois et demi. M. Rambaud (4) a réuni dans sa thèse des cas où la rétention a duré plus

(1) Sainclair, *Brit. med. jour.*, may 18, 1879.
(2) Anderson, *Glascow med. jour.*, 1879.
(3) Chalot, *loc. cit.*
(4) Rambaud, Thèse de Paris, 1883.

longtemps encore: huit et onze mois (Millard), trois ans (Pusta), jusqu'à la mort survenue à longue échéance (A. Paré, Richard).

Outre la connaissance des faits que nous venons de signaler, il est encore un élément qui milite en faveur de l'opportunité de l'expectation, c'est la difficulté du diagnostic de la rétention placentaire. M. Gerbaud (1) a bien fait ressortir la valeur de cet argument : « Les commémoratifs ne servent le plus souvent qu'à nous induire en erreur, à moins que la sortie de l'arrière-faix n'ait été observée par un autre praticien ou par une sage-femme, nous poserons comme règle de conduite qu'il ne faut croire que ce que l'on a vu ou touché soi-même, et encore faut-il souvent se méfier des assertions qui nous seront données. Le placenta, au début de la grossesse, peut être confondu avec un caillot ; cette erreur a été commise assez souvent, et nous-même avons été témoin d'un fait de ce genre. »

On connaît le fait classique, rapporté par M. Tarnier, dans lequel un placenta, à la rétention duquel on venait de conclure, fut retrouvé après quelque temps entre les matelas du lit de la patiente.

Enfin, l'observation que nous rapportons plus loin (observation II) est bien à même de faire juger des incertitudes du diagnostic dans certains cas qui, nous en sommes persuadé, doivent être fréquents.

Telles sont les principales raisons qui légitiment, de la part de l'accoucheur, une expectation raisonnée. Mais cette expectation, nous l'avons dit, n'est pas purement platonique. L'accoucheur doit s'attacher à prévenir et combattre les complications. Il se préoccupera, avant tout, de pratiquer une *antisepsie* génitale aussi complète que possible. Pour cela,

(1) Gerbaud, *loc. cit.*, p. 125.

toutes les fois qu'il y aura lieu de soupçonner une rétention de l'arrière-faix, il devra prescrire aussitôt des injections vaginales antiseptiques, à deux ou trois reprises dans la journée, avec la liqueur de Van-Swieten, étendue de deux fois son volume d'eau. L'antisepsie vulvaire ne sera pas négligée ; des compresses trempées dans une solution de sublimé seront appliquées sur la vulve et fréquemment renouvelées.

Pour démontrer les bienfaits de l'antisepsie dans les cas de rétention placentaire, M. Budin a récemment communiqué à l'Académie les résultats obtenus par M. Tarnier et par lui-même, dans 46 cas de cette nature, *traités antiseptiquement.* Sur 22 cas observés par M. Budin, à la Charité, l'arrière-faix a été expulsé sans hémorrhagie dans toutes les observations, et chez trois femmes apportées à l'hôpital avec de la fièvre, après un avortement à domicile, les symptômes de septicémie ont disparu rapidement, grâce aux injections antiseptiques. Sur 24 cas observés à la Maternité par M. Tarnier, deux femmes présentant des phénomènes très nets d'infection ont parfaitement guéri.

Les deux principales complications qui doivent éveiller la sollicitude de l'accoucheur sont: l'*hémorrhagie* et la *décomposition putride du délivre.* On a cité quelques cas de tétanos survenus à la suite de rétention du placenta ; nous ne faisons que les signaler.

Les *hémorrhagies* sont fréquentes, avons-nous vu, soit avant, soit pendant l'expulsion du délivre. On a cherché, à toute époque, les moyens d'y remédier.

Hippocrate introduisait une grenade aussi profondément qu'il le pouvait ; la grenade fut plus tard remplacée par un citron, d'astringence plus marquée. A ces tamponnements pas trop comestibles, on substitua plus tard le tampon véritable et ses diverses variétés, telles qu'elles sont décrites dans tous

les auteurs (tampon simple, tampon cératé, tampon astringent, etc.). La plupart de ces procédés ont l'inconvénient de favoriser, avec la rétention des sécrétions utéro-vaginales, la putréfaction de ces produits ; il faut, pour éviter ce désavantage, renouveler le tampon tous les jours, et, dès lors, on s'expose à de nouvelles hémorrhagies. A la rigueur, le tampon aseptique de M. Tarnier échappe-t-il à cet inconvénient; mais il est souvent mal supporté, et détermine de la douleur et de la gêne au niveau de la vessie et du rectum.

Nous ne pouvons que signaler les divers dilatateurs vaginaux, vessies en caoutchouc, ainsi que l'ergot, dont le rôle nul ou nuisible a déjà été établi.

La compression de l'utérus, celle de l'aorte, la ligature des membres peuvent donner de bons résultats dans les cas d'hémorrhagie abondante, menaçant directement la vie de la malade.

Il est un moyen dont les accoucheurs modernes font, à juste titre, le plus grand cas; c'est l'emploi de l'eau chaude dans le traitement des hémorrhagies. M. Snéguireff (1), après bien d'autres, a consacré, dans son intéressant ouvrage, l'utilité de cet agent, et se montre, à bon droit, grand partisan des injections chaudes (à 48° environ), dans la thérapeutique des hémorrhagies utérines.

Contre la *décomposition putride du délivre*, les *injections antiseptiques intra-utérines* sont rigoureusement indiquées. Aussitôt qu'il s'exhalera des parties génitales de la femme quelque mauvaise odeur, on pratiquera, toutes les heures ou les deux heures une injection de cette nature. On se servira, pour les pratiquer, de la sonde à double courant de Budin (sonde en fer à cheval), en argent ou en celluloïde, ou de la sonde à double courbure aplatie de Pinard. Les liquides

(1) Snéguireff, hémorrhagies utérines, 1880.

varient avec les auteurs. M. Tarnier utilise le sublimé à la dose de $^1/_{2000}$ ou $^1/_{3000}$, ou l'acide phénique à $^2/_{100}$. M. Pinard, trouvant que le sublimé a l'inconvénient de tanner les muqueuses, lui préfère le biiodure de mercure à $^1/_{2000}$; l'emploi de cette solution détermine quelquefois de vives douleurs.

Dans les cas où les phénomènes ne céderont pas à cette intervention, souvent efficace, on aura recours à *l'irrigation continue*, en suivant le dispositif indiqué par MM. Pinard et Tarnier, dans leur travail sur la matière. Enfin, le traitement général, consistant dans l'emploi de la quinine et de puissants toniques, ne sera pas négligé.

C'est, d'une façon à peu près identique à celle que nous venons de décrire, par la méthode antiseptique, dans le cas de décomposition putride du délivre, que nous avons vu traiter à l'hôpital de Rochefort-sur-Mer la malade dont nous reproduisons ici l'observation.

Observation I.

(Personnelle)

(Service de M. le docteur Abelin, médecin de la Maternité à Rochefort)

Avortement à trois mois. — Rétention du placenta. — Hémorrhagies et décomposition putride du délivre. — Accidents septiques. — Pelvi-péritonite. — Guérison.

Alicia S..., 22 ans, entre à l'hôpital civil de Rochefort, le 4 août 1886, avec le diagnostic «métrite chronique.» Notre malade n'en est pas à sa première entrée, et, sur sa feuille de clinique, on constate des séjours antérieurs pour ulcérations du col, pour uréthrite, etc. Sa dernière entrée est datée du 2 juin 1886.

Alicia S..., d'une constitution vigoureuse et d'une taille au-dessus de la moyenne, paraît très fatiguée. Elle a de la

fièvre et accuse une vive douleur, exagérée beaucoup par la pression, dans la fosse iliaque droite ; elle se plaint également de violentes douleurs dans la région lombaire. Cette femme a eu cinq grossesses, dont une seule est arrivée à terme ; les quatre autres se sont terminées par l'avortement entre le troisième et le sixième mois. D'après les renseignements qu'elle nous donne, elle aurait été très malade, à la suite de chacune de ses fausses couches, particulièrement à la suite de la dernière qui l'aurait retenue au lit pendant cinq mois. Depuis cette époque, elle aurait toujours souffert de l'utérus.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle accuse un retard de trois mois dans ses règles. Il n'existe aucun trouble sympathique du côté des organes digestifs ; les seins, modérément développés, présentent une aréole peu foncée, pas de ligne brune abdominale. Le ventre, très légèrement météorisé, présente une sensibilité extrême, au niveau de la fosse iliaque droite ; on y constate de l'empâtement.

L'utérus déborde le pubis d'un travers de doigt environ, il est très sensible à la pression ; au toucher, le col est large, chaud, tomenteux, ramolli dans le tiers de sa portion vaginale ; l'orifice externe est légèrement entr'ouvert ; le toucher est douloureux.

L'examen, au spéculum, dénote une congestion considérable des parois vaginales ; le col, considérablement augmenté de volume, présente une large ulcération d'aspect fongueux, envahissant les deux lèvres, et est le siège d'un écoulement muco-purulent très abondant.

Le diagnostic porté alors par le chef de service fut «métrite, avec propagation de l'inflammation vers le ligament large droit, compliquant une grossesse probable.»

Pas de traces appréciables de syphilis.

4 Août. Prescription : bouillon, lait, lavements laudanisés,

application de douze sangsues, *loco dolenti*, dans la fosse iliaque droite.

5 Août. Amélioration de l'état local et général; douleur moins vive dans la fosse iliaque droite, la fièvre a presque cessé.

Prescription : lavements laudanisés, onction mercurielle belladonée, cataplasmes.

Le 6 et le 7 août, l'amélioration continue.

8 Août. A onze heures et demie du soir, douleurs lombaires violentes, bientôt suivies d'une hémorrhagie utérine assez abondante.

Prescription : lavement avec 10 gouttes de laudanum toutes les trois heures, application de compresses chaudes sur la vulve et la région hypogastrique.

9 Août. Hémorrhagie insignifiante, coliques utérines, hypogastre douloureux à la pression. Le col est largement entr'ouvert.

Prescription *ut supra.*

10 Août. A une heure et demie du matin, vives douleurs lombaires, suivies de l'expulsion d'un fœtus d'environ trois mois, hémorrhagie peu abondante. Les manœuvres tentées par la sage-femme, pour extraire le délivre, restent sans résultat. A la visite du matin, sept heures, l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible, la température est à 37°.

Le toucher permet de constater que le col est ouvert dans toute sa longueur, mais ne permet pas d'atteindre le délivre; pas d'hémorrhagie.

Soir. Même état. T. 37°

Prescription : bouillon à volonté, lait, injections vaginales toutes les deux heures avec la solution de sublimé à $^1/_{1000}$.

11 Août. En pratiquant une injection antiseptique, l'infirmière trouve dans le vagin un corps assez volumineux qu'elle extrait; c'est une portion considérable du placenta;

mais cette masse, qui est présentée à la visite du matin, et qui a le volume d'un petit œuf de poule, ne paraît pas représenter la totalité du délivre; cependant, au toucher, on ne constate rien d'engagé dans le col. Dans la journée, expulsion de nombreux caillots, au milieu desquels on trouve des lambeaux plus ou moins considérables de membranes.

Temp. matin, 37°. P. 100. Soir, temp. 37°. P. 84.

Prescription *ut supra:* aliments légers, vin, extrait de kina.

12 Août. La malade se plaint de douleurs lombaires; douleur assez vive dans la *fosse iliaque gauche*, sans empâtement. Douleur disparue à droite; ventre plat, lochies sanguinolentes peu abondantes, sans odeur.

Matin, T. 37°. Soir, 37°.

Prescription: aliments légers, potion avec extrait de kina, onction mercurielle *loco dolenti*, lotions et injections vaginales antiseptiques, tièdes, au sublimé.

13 Août. Matin, T. 37°4. Lochies séro-sanguinolentes, sans odeur; douleurs lombaires assez vives.

Soir. Frisson violent, T. 40°. P. 124. Lochies fétides, très peu abondantes, facies grippé.

Au toucher, le col est légèrement entr'ouvert. La malade, mise dans la position obstétricale et le col découvert à l'aide du spéculum, une pince à polypes à mors étroits, préalablement désinfectée à la liqueur de Van-Swieten, peut être introduite sans violence dans l'utérus. La cavité utérine paraît vide, et la pince est retirée après quelques tentatives infructueuses de préhension. On la remplace immédiatement par une sonde en gomme à double courant, et on fait pendant dix minutes des injections intra-utérines avec la liqueur de Van-Swieten, normale et modérément chaude. Le liquide de l'injection sort, entraînant avec lui une grande quantité de débris putrilagineux.

14 Août. Même état. Lochies purulentes abondantes, à odeur fétide. Pas de selles depuis trois jours. Douleur toujours très vive dans la fosse iliaque gauche; un peu d'empâtement à ce niveau, léger météorisme.

Trois lavages intrà-utérins sont pratiqués, à 9 heures du matin, à 2 heures et à 7 heures du soir. Le liquide employé est toujours le sublimé à $^1/_{1000}$.

9 heures matin, T. 40°; P. 120.

4 heures soir, T. 39°4; P. 120.

Prescription: bouillon, potages, lait, huile de ricin 30 gr., sulfate de quinine 1 gr. 50 (en 6 prises dans la journée); onction mercurielle belladonée.

15 Août. Moins de météorisme; deux selles liquides jaunâtres; les lochies, moins abondantes que la veille, ont un aspect plus franchement purulent; elles sont moins roussâtres, moins fétides; facies plus calme. La malade refuse obstinément de se laisser faire de nouvelles injections intra-utérines.

T. matin, 38°2; P. 104.

Prescription: bouillon, potages, jus de viande, sulfate de quinine 1 gr. (en 3 prises) et

potion avec { Extrait de quinquina . . 4 gr. ; Alcoolature d'aconit . . . 4 gr. ; Rhum . . . . . 50 gr. ; Sirop d'écorces . . . . . 30 gr.

Soir. A une heure, frissons violents, avec claquement de dents et sensation de froid considérable. Cet accès fébrile, malgré la violence du début, ne fut pas de très longue durée. Temp. à 4 heures du soir 40°1, à 7 heures du soir 38°. A 4 heures, au moment de la visite, la malade refuse encore de se laisser faire une injection intra-utérine; il ne lui en fut plus fait à partir de cette époque.

16 Août. Etat général meilleur, facies calme; la malade

accuse un mieux sensible; T. 37°2; P. 96. Langue bonne, un peu d'appétit, diarrhée légère.

Prescription: bouillon, potage, œuf, vin vieux, sulfate de quinine 1 gr. 50. Potion *ut supra*. Lavages et injections vaginales très fréquentes au sublimé. Dans l'après-midi, nouveau frisson. Temp. à 4 heures, 40°1.

17 Août. La douleur a disparu à gauche, mais des douleurs très vives apparaissent *dans la fosse iliaque droite;* leur intensité rend la palpation insupportable: traits tirés, langue sale, diarrhée plus abondante, lochies roussâtres et fétides assez abondantes. Temp. matin 38°; P. 106.

Soir. Grand frisson, T. 40°. Vomissements aqueux fréquents et très abondants.

Prescription *ut supra*, glace. Application d'un grand vésicatoire sur la région iliaque droite.

18 Août. Amélioration notable. Apyrexie, T. M. 37°; T. S. 37°. Prescription *ut supra:* Pansement du vésicatoire avec la pommade mercurielle.

19 Août. Etat moins satisfaisant, T. M. 38°8, P. 104. T. S. 40°1, P. 124. Prescription *ut supra;* pansement avec pommade mercurielle.

20 Août. T. M. 38°6, P. 124.

Abattement considérable, visage terreux, douleurs abdominales très vives, vomissements porracés peu abondants et peu fréquents (cinq ou six dans la matinée). La diarrhée a cessé; l'écoulement vaginal présente toujours les mêmes caractères.

Prescription: bouillon, potage, jus de viande, vin vieux,

glace, café noir par petites quantités, fréquemment renouvelées. Sulfate de quinine 1 gr. (en cinq prises) et

Potion . . { Extrait de kina . . . . . 4 gr.
Alcoolature d'aconit. . 4 gr.
Rhum . . . . . 50 gr.
Sirop d'écorces. . . . . 30 gr.

Lavement émollient. Injections vaginales antiseptiques.

21 Août. T. Matin 38°2; P. 116.
Soir 39°6; P. 132.

22 Août. T. Matin 38°2; P. 120.
Soir 38°8; P. 120.

La journée du 22 août a été assez bonne; la malade ne souffre pas, elle supporte assez bien les matières alimentaires, mais rejette les médicaments quelques instants après leur ingestion. Pas de diarrhée, une selle dans la journée. Météorisme abdominal assez marqué, un peu de prostration.

23 Août. Temp. M. 38°2; P. 104. Moins de prostration, diarrhée abondante dans la nuit; pertes utérines peu abondantes, sans odeur.

Soir, T. 39°2; P. 108. La diarrhée continue, selles presque involontaires. Bismuth. . . . { āā 4 gr. en 4 paquets.
Diascordiun . { āā 4 gr. en 4 paquets.

24 Août. T. matin 38°6; P. 112. La diarrée a cessé, la malade a un peu reposé, elle se sent mieux; la fosse iliaque droite est moins douloureuse, mais la palpation, rendue plus facile par la diminution de la douleur, permet de constater un *empâtement profond* de toute cette région. Pertes à peu près nulles.

T. soir 39°. P. 108.

25 Août. T. M. 38°; P. 104. Soir, T. 39°. P. 108.

26 Août. T. M. 37°2; P. 104. Selles diarrhéiques dans la

nuit. Par suite de l'irritation produite par la pommade mercurielle, le vésicatoire s'est ulcéré. Soir, T. 39°; P. 108.

27 Août. T. M. 37°6; P. 96. Soir, T. 39°2; P. 110.

28 Août. T. M. 38°; P. 108. Soir. T. 39°3; P. 116.

L'empâtement du ventre a diminué, mais il persiste encore sur la ligne médiane et à droite, et remonte presque jusqu'au niveau de l'ombilic. Un peu de stomatite mercurielle.

29 Août. T. M. 39°2. P. 116. T. S. 38°2. P. 108.
30 — T. M. 38°2. P. 96. T. S. 39°4. P. 120.
31 — T. M. 38°2. P. 100. T. S. 39°2. P. 109.

Vomissements aqueux et diarrhée dans la journée.

1er Sept. T. M. 38°2. P. 104. T. S. 38°8. P. 104.

Écoulement purulent peu abondant par la vulve.

2 Sept. T. M. 39°2. P. 116. T. S. 38°2. P. 108.
3 — T. M. 38°. P. 100. T. S. 37°2. P. 92.
4 — T. M. 38°5. P. 104. T. S. 38°2. P. 96.
5 — T. M. 37°6. P. 100.

L'écoulement purulent, signalé le 1er septembre, est allé en diminuant les jours suivants et a aujourd'hui complètement disparu.

Amélioration notable de l'état général; toujours de l'empâtement dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite. T. S. 39°. P. 108.

6 Sept. T. M. 38°. P. 108. T. S. 39°. P. 110.

Vomissements dans la journée.

7 Sept. T. M. 38°2. P. 120.

La malade a eu dans la nuit plusieurs vomissements *et une selle entièrement composée de pus.* T. S. 39°.

8 Sept. T. M. 37°8. T. S. 38°5.

Rien de particulier.

9 Sept. T. M. 38°. P. 100.

A vomi hier soir après son dîner; selles diarrhéiques dans la journée,

10 Sept. T. M. 38°2. P. 104. T. S. 38°8. P. 108.

11 Sept. T. M. 38°. P. 108. T. S. 38°8. P. 112.

A eu deux selles diarrhéiques mélangées de pus.

12 Sept. T. M. 38°2. P. 108. T. S. 39°2. P. 116.

13 — T. M. 38°2. P. 112. T. S. 38°8. P. 108.

14 — T. M. 38°. P 108. T. S. 38°. P. 104.

15 — T. M. 38°. P. 110.

L'empâtement de la région hypogastrique a beaucoup diminué; le ventre est plus souple.

Soir. Trois vomissements dans la journée, visage très fatigué, faiblesse extrême, frissons dans la soirée, agitation. T., 4 h., 40°2. P. 136. Sulfate de quinine 1 gr. 50.

16 Sept. T. M. 38°. T. S. 38°2. P. 120.

Un vomissement dans la journée; dans les 24 heures, trois selles mélangées de mucosités purulentes. Météorisme moindre, pas de douleurs abdominales.

17 Sept. T. M. 37°2. P. 112. T. S. 38°. P. 120.

18 — T. M. 38°. P. 112. T. S. 38°. P. 108.

19 — T. M. 38°. P. 110.

Grande amélioration de l'état général; l'appétit est meilleur. Une ou deux selles normales dans les 24 heures; il n'y a plus traces de pus dans les fèces.

20 Sept. T. M. 37°. P. 100. T. S. 38°. P. 104.

21 — T. M. 37°2 P. 96. T. S. 38°.

22 — T. M. 37°. T. S. 39°2. P. 128.

Sulfate de quinine 1 gr.

23 Sept. T. M. 37°4. P. 120. T. S. 38°4. P. 116.

Sulfate de quinine 0,80 centigr.

Du *24* au *30 septembre*, rien de particulier à noter. La température du matin est normale et varie le soir entre 38 et 39°.

1er Octobre. T. M. 37°6. T. S. 38°4.

Le ventre a repris sa forme et son volume ordinaire; ni météorisme, ni douleur. On éprouve encore une sensation de dureté au-dessus de la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite, dans une étendue de 4 à 5 centim. La malade, très indocile, refuse de prendre son jus de viande, on le remplace par la viande crue qu'on réussit à lui faire accepter. Régime aussi substantiel que possible, potion tonique.

Du *2* au *10 Octobre*, rien de particulier à signaler; la température, normale le matin, ne dépasse pas 38°4 le soir.

10 Octobre. La malade paraît être entrée franchement en convalescence, l'appétit lui revient, la nutrition se fait mieux et tout fait présager une guérison complète. Malheureusement, cette femme qui, pendant sa maladie, s'est réconciliée avec son mari, veut absolument sortir de l'hôpital. Depuis le 1er octobre, elle insiste pour obtenir son *exeat;* on essaie de faire comprendre au mari, qui lui fait alors de fréquentes visites, que l'emmener dans l'état où elle se trouve, c'est l'exposer à des accidents sérieux, et peut-être à une mort certaine.

Mais le 10 octobre, malgré le refus formel du chef de service de lui signer sa sortie, le mari vint la chercher en voiture dans la journée et la réclamer à l'administration, qui ne put s'opposer à son départ de l'hôpital.

A la visite du soir, notre malade avait disparu et roulait en chemin de fer depuis plusieurs heures déjà. Qu'en est-il advenu dans la suite? Les lettres écrites au mari à ce sujet sont restées sans réponse.

Nous avons tenu à publier, *in extenso*, cette observation intéressante, non seulement au point de vue de la rétention du délivre, mais encore par la cause de l'avortement métrite et paramétrite, par les conséquences de la rétention d'une

partie de membranes, par les accidents septiques des plus graves en partie conjurés par les injections antiseptiques intra-utérines, par la pelvi-péritonite et l'ouverture de l'abcès dans l'intestin.

Nous en avons fini avec l'étude des méthodes et des moyens; nous avons cherché à faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacun des procédés. Quelle est maintenant la méthode la plus rationnelle, celle dont nous ferons choix dans les cas ordinaires?

Comme nous l'avons laissé prévoir, l'expectation sera notre règle de conduite et le principe qui dictera tous nos actes sera le suivant: retarder le plus longtemps possible, et jusqu'à indication formelle, le moment d'intervenir.

Les hémorrhagies, la septicémie au début seront combattues d'abord par les moyens appropriés, et ce ne sera que devant l'insuffisance notoire de nos moyens que l'extraction artificielle (manuelle surtout) du délivre sera réalisée.

«L'expectation, l'antisepsie aidant, dit M. Tarnier (1), est presque toujours suivie de succès; elle est préférable à une intervention quelle qu'elle soit; ce n'est qu'à titre d'exception très rare que nous accepterions cette intervention.»

M. Budin (2) est du même avis. «La rétention du placenta n'est que rarement le point de départ de complications, si on a recours aux antiseptiques. D'autre part, les diverses méthodes d'intervention qui ont été conseillées et mises en pratique sont, les unes insuffisantes, les autres dangereuses. En conséquence, nous ne voyons nullement qu'il soit nécessaire d'intervenir, lorsque l'embryon étant expulsé, le placenta

(1) Tarnier, Traité d'accouchements, t. II, p. 507.
(2) Budin, *loc. cit.*

reste dans la cavité utérine. On se bornera à faire deux ou trois fois par jour des toilettes et des injections vaginales antiseptiques, et l'arrière-faix sera éliminé spontanément.

Cette méthode, expectation et antisepsie, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et toutes les sage-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage.»

Nous allons rapporter une observation dans laquelle les principes que nous venons d'exposer ont été mis en pratique. Une femme, atteinte de rétention placentaire incertaine, est soumise à l'expectation: des hémorrhagies abondantes surviennent, et une odeur putride s'exhale des parties génitales, malgré l'application de la méthode antiseptique; il y a donc indication à intervenir. L'extraction manuelle du délivre est tentée, elle ne réussit pas; l'extraction instrumentale est pratiquée avec succès, la femme guérit.

Observation II.

(Service de M. L. Dumas, clinique obst. Montpellier).

Avorte ment à trois mois et demi.— Rétention du placenta avec adhérences.— Hémorrhagie et décomposition putride du délivre.— Extraction artificielle à l'aide d'une pince à polypes.— Guérison.

Eugénie D..., âgée de 30 ans, entre, le 14 septembre 1886, dans le service de M. le professeur L. Dumas, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier; elle a avorté l'avant-veille.

Elle ne présente pas d'antécédents fâcheux au point de vue obstétrical; elle n'a pas entendu dire que sa mère, morte hydropique à 32 ans, ait jamais avorté; elle-même s'est toujours bien portée, et a mené à terme, dans de bonnes conditions, sept grossesses.

Le début de la grossesse actuelle a été normal; elle a eu ses règles, pour la dernière fois, le 12 mai, et a été prise de

vomissements dans les premiers jours de juin ; ces vomissements ont duré peu de temps.

Le 12 septembre, vers le milieu du quatrième mois, elle a la fâcheuse idée d'aller visiter, avec quelques commères du voisinage, le cadavre d'une de ses connaissances, morte à l'hôpital. Elle se sent mal à l'aise toute la journée à la suite de cette émotion ; le lendemain, 13 septembre, des contractions utérines se manifestent, elle continue néanmoins ses travaux de ménagère et avorte, debout, à deux heures de l'après-midi.

Le cordon se rompt et le fœtus tombe à terre. Le placenta n'ayant pas été expulsé, un pharmacien est appelé, et, fort peu scrupuleusement, fait administrer trois grammes de seigle ergoté. Inutile de dire que le placenta ne sort pas davantage ; des contractions utérines se produisent, et le cordon sectionné continue à pendre entre les jambes de la femme.

Le surlendemain de l'avortement, le 14, il n'est survenu aucune modification. La femme ne souffre pas, mais s'inquiète de la rétention du délivre et se rend à pied à l'hôpital. Une perte légère se déclare en route, quelques caillots sont expulsés avec des contractions douloureuses, et lorsqu'elle arrive à l'hôpital, le cordon a disparu.

Un examen approfondi est pratiqué dès son arrivée. On trouve dans le vagin quelques caillots peu volumineux ; le col de l'utérus est dur et épais de plusieurs centimètres, il est impossible d'y introduire le doigt.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permet de constater le faible volume de l'utérus, dont le fond ne dépasse guère le bord supérieur de la symphyse ; cet examen est difficile et les résultats du palper isolé ne sont pas suffisamment nets, étant donnée l'épaisseur des parois abdominales.

Le diagnostic de la rétention placentaire reste forcément

incertain; il est possible que le placenta ait été expulsé pendant le trajet, en même temps que le cordon ; mais d'un autre côté, on peut difficilement admettre que le col se soit reconstitué d'une façon aussi parfaite en quelques heures seulement. Quoi qu'il en soit, l'expectation, qui eût d'ailleurs été la seule conduite à tenir dans toute autre hypothèse, est pratiquée. M. Dumas prescrit seulement des injections vaginales avec la liqueur de Van-Swieten dédoublée.

Du 14 au 18 septembre, c'est-à-dire pendant quatre jours encore, il ne se produit aucun phénomène anormal ; l'état général est bon, la malade n'éprouve ni fièvre, ni douleur, elle parle même de regagner son domicile. Malgré ces belles apparences, et dans l'incertitude où l'on se trouve touchant l'expulsion du délivre, des injections antiseptiques sont pratiquées trois fois par jour.

Le 18, à 5 heures du matin, une hémorrhagie abondante se déclare; des caillots en grand nombre, volumineux, mais purement cruoriques, sont expulsés avec le liquide sanguin. Au toucher, on constate que le col est très aminci ; qu'il mesure à peine quelques millimètres d'épaisseur, et a déjà subi une dilatation du diamètre d'une pièce de deux francs. En faisant pénétrer la main dans le vagin et deux doigts dans l'orifice du col, M. Rauzier, interne du service, trouve au centre de la cavité utérine un corps solide, cylindrique, dont le doigt fait aisément le tour, et qui est appendu et solidement adhérent au fond de l'organe. De très légères tractions, pratiquées plutôt dans le but de constater l'adhérence que d'extirper les corps étrangers, ne parviennent pas à le détacher.

On pratique, sans tarder, une injection de liqueur de Van-Swieten, étendue de deux fois son volume d'eau, à la température de 50°; l'hémorrhagie s'arrête presque aussitôt.

A deux reprises, dans la journée, l'hémorrhagie reparaît

et cède chaque fois à l'application du même moyen. Des contractions utérines se succèdent d'une façon continue dans tout le courant de la journée ; elles atteignent leur maximum d'intensité au moment des métrorrhagies.

Le 19, les contractions utérines persistent ; l'écoulement sanguin ne s'est pas reproduit depuis la veille. Le corps cylindroïde, perçu naguère, est engagé dans l'orifice du col, dont l'ouverture n'égale pas tout à fait le diamètre d'une pièce de cinq francs ; il dépasse même l'orifice dans la cavité vaginale de 1 centim. environ ; détail important : une odeur putride est répandue dans la salle, malgré les injections antiseptiques ; le doigt qui a servi à pratiquer le toucher exhale une senteur repoussante.

Il y a indication à intervenir. A 9 heures du matin, M. Dumas introduit la main dans le vagin et cherche, avec le doigt recourbé en forme de crochet, à dégager le corps étranger, dont la consistance dépasse celle d'un placenta normal et se rapproche plutôt de celle d'un corps fibreux.

Devant l'impossibilité de le retirer, sans risquer d'endommager l'utérus, M. Dumas saisit le corps étranger avec une pince à mors plats et pratique la torsion. Le tissu dur et friable se brise, et on est obligé, pour extraire la totalité de la masse, de pratiquer l'extraction en trois fois ; le dernier fragment est le plus considérable de tous, et constitue environ la moitié du corps adhérent. Le placenta, car c'est bien lui, est notablement dégénéré et répand une odeur infecte.

Aussitôt après l'extraction, une injection antiseptique intra-utérine est soigneusement pratiquée ; la malade est soumise à un régime tonique, mais purement liquide. La journée est bonne.

Le 20, la malade a passé une bonne nuit ; le matin elle se sent bien. L'après-midi, une céphalalgie violente, qui

porte surtout sur les régions pariétales du crâne, se déclare; la face devient pâle et terreuse. La malade se plaint de frissons; une odeur fétide s'échappe des parties génitales; il n'existe pas de poussée du côté des seins. Au niveau de l'abdomen, on ne constate ni douleur spontanée, ni douleur à la pression. Le pouls est à 120, la température 39°,5, la langue est normale; il n'existe pas d'œdème en aucun point. On s'en tient aux injections intra-utérines, répétées trois fois dans le courant de la journée.

Le 21, la céphalalgie a notablement diminué; le pouls est plus calme, la température normale. La femme se sent bien; elle a de l'appétit. Malgré cet état favorable, on fait encore, dans la journée, deux injections intra-utérines.

L'après-midi, la céphalalgie reparaît.

Le 22, l'état général est excellent le matin; la céphalalgie se manifeste à nouveau à trois heures de l'après-midi.

Devant une pareille périodicité, la quinine est prescrite à la dose de 0 gr. 80 (en trois fois, à 7, 9 et 11 heures du matin).

La céphalalgie ne reparaît pas; la quinine est continuée deux jours encore, et la malade sort le 25 en parfait état.

Voici donc un cas dans lequel la thérapeutique mise en jeu, bien que d'une activité incontestable, a été parfaitement conforme aux règles de l'*expectation :* l'intervention, en effet, n'a pas été pratiquée d'emblée; elle n'a été mise en usage que lorsque, malgré une expectation sagement conduite et une antisepsie sérieuse, des accidents graves se sont produits et ont nécessité l'extraction forcée du délivre. Ce cas nous semble pouvoir être proposé comme un type, relativement à la conduite à tenir en face d'une rétention placentaire, après l'avortement.

CONCLUSIONS.

I. La rétention placentaire présente son maximum de fréquence aux troisième et quatrième mois de la grossesse.

II. La rétention du délivre peut être due à diverses causes, dont voici les principales: l'utérus est peu contractile à l'époque où l'avortement se produit; le col est encore long, non ramolli; le cordon ombilical est mince et grêle; le placenta est plus volumineux que le fœtus et plus intimément uni à la matrice qu'il ne le sera à terme. Il existe souvent, en outre, des adhérences pathologiques entre le placenta et l'utérus. Enfin, une intervention prématurée ou maladroite, après l'avortement, peut déterminer la rétention.

III. En face d'une rétention placentaire, la règle doit être la suivante: pratiquer l'expectation, secondée par l'antisepsie vaginale, tant qu'il ne se produira pas d'accidents; s'il s'en produit (hémorrhagie, putréfaction du délivre et septicémie), les combattre par des moyens appropriés (hémostatiques, antisepsie intra-utérine). Ne pratiquer l'intervention que dans le cas où tous ces moyens auraient échoué, recourir de préférence à l'extraction manuelle, et n'en venir qu'en dernier lieu à l'intervention instrumentale.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juin 1887.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juin 1887.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Anderson. — Glascow, med. journ., 1879.

Auvard. — Gaz. de méd. de Paris, nov. 1886.

Barnes. — Lancet, 1863.

Brannau. — Boston, med. and. S. J., 1884.

Budin. — Bull. de l'acad. de méd., nov. 1886.

Chalot (V.). — Gazette hebd. de Montpellier, février 1883.

Charpentier et Gallard. — Annales d'hyg. pub. et de méd. lég., 1877.

Chassagny. — Bull. de l'acad. de méd., ou Gaz. des hôp., 1862.

Courty. — Mécanisme de l'avortement, Montpellier méd. 1860-61.

Doléris. — Nouv. arch. d'obstét., mai 1886. Journal de méd., Paris 1887.

Fochier. — Province médicale, janvier 1887.

Garimond. — Du placenta adhérent et de son élimination spontanée, Montpellier médical 1868.

Gerbaud. — De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, thèse de concours 1886.

Gruson. — Thèse de Paris 1879.

Guéniot. — Bull. général de thérapeutique 1867, t. 73.

Hégar et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire, trad. par M. Bar.

Jepson. — Amér. journ. of obstétr., 1883.

Joulin. — Traité complet d'accouchements, 1867.

Maslowsky. — Annales de gynécologie, 1880.

Moses. — Dissert., Breslau, 1884.

Pajot. — Arch. de tocologie, février 1886.

Pinard et Tarnier. — Traité des affections puerpérales, Annales de gynécologie, décembre 1885, janvier 1886.

Rambaud. — Thèse de Paris 1883.

Robeneau. — Berlin klin. Woch.

Rocher. — De mulieribus curandis morbis, cap. xxx.

Sainclair. — Brit. med. journ. may. 1879.

Snéguireff. — Hémorrhagies utérines, 1886.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. II, 1886.

Vulliet. — Acad. de méd., octobre 1886., Archives de tocologie, 1886.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !